

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 21

LES
OBÉSITÉS SEXUELLES
CHEZ LA FEMME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 9 Décembre 1925

PAR

Jean-Louis-Antoine ROBERT

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à CHERBOURG (Manche), le 17 janvier 1901.

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur	<i>Président.</i>
		CRUCHET, professeur	{ <i>Juges.</i>
		LEURET, agrégé	
		FAUGÈRE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 21

LES
OBÉSITÉS SEXUELLES
CHEZ LA FEMME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 9 Décembre 1925

PAR

Jean-Louis-Antoine ROBERT

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à CHERBOURG (Manche), le 17 janvier 1901.

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur.....	Président.
		CRUCHET, professeur.....	Juges.
		LEURET, agrégé.....	
		FAUGÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1925

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, MOURE.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOU.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	N.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	JEANNENEY.
id.....	N.	id.....	N.
Physique biologique et médicale.....	N.	id.....	N.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	M. MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LAURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVAÏÉTÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Accouchements.....	PERY.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie minérale.....	GOLSE.

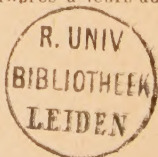
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. N.

Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.

Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation



A MA MÈRE

A MON PÈRE

LE DOCTEUR J.-B. ROBERT

Mon premier maître, dont la vie et le
labeur resteront toujours pour moi le plus
bel exemple.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF FOURGOUS

*Sous-Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARC RIVIÈRE

Chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Il nous inspira ce travail auquel il voulut bien constamment s'intéresser. Avec nos remerciements, nous le prions d'accepter le témoignage de notre profonde gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE RIVIÈRE

*Professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

En le remerciant du grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence de
notre thèse.

*Qu'il nous soit permis, à la fin de nos études médicales,
d'adresser à tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpi-
taux nos remerciements émus.*

*Puissent leurs leçons et leur exemple nous guider dans
notre carrière.*

LES

OBÉSITÉS SEXUELLES

CHEZ LA FEMME

INTRODUCTION

La sexualité, qui est l'expression la plus élevée des phénomènes générateurs, est liée étroitement avec les phénomènes nutritifs. La fécondation n'est en réalité qu'une impulsion nutritive donnée à l'élément, à la cellule organisée d'où procède l'être nouveau.

Claude BERNARD.

Nous nous sommes proposé d'étudier dans ce travail l'influence que peut avoir sur la vie génitale de la femme une obésité marquée, en entendant par là un état pathologique caractérisé par l'hypertrophie plus ou moins généralisée du tissu adipeux.

Un organisme normal devant contenir une proportion appréciable de réserves graisseuses, il est délicat de fixer, chez la femme surtout, quand commence l'obésité, où s'arrête l'embonpoint physiologique. Et si l'appréciation visuelle seule est incapable de distinguer le simple embonpoint d'une polysarcie qui débute, le diagnostic d'une souffrance de l'organisme par excès de réserves grasses est encore plus discutable.

Chez l'homme, l'adiposité a été, depuis toujours peut-on dire, considérée comme un état quelque peu ridicule, presque méprisable : les Grecs et les Romains, en effet, déclareraient inaptes aux affaires publiques les citoyens obèses, comme ayant l'esprit lent et empâté à l'instar de leur corps. Chez la femme, au contraire, un certain degré d'embonpoint a toujours été considéré comme un des signes de la beauté ; et c'est en effet le pannicule adipeux qui, en se répandant sous la peau, en arrondissant les saillies anguleuses, en comblant les creux, assouplit la ligne et contribue à donner ce fini qui satisfait à l'esthétique. Même chez les peuples orientaux, une adiposité parfois très marquée, et qui va jusqu'au « double menton », est considérée comme une des qualités primordiales que doit présenter la femme idéale. Et l'on peut se demander si ce goût de la femme « grasse » chez les peuples primitifs ne viendrait pas d'une appréciation favorable et intuitive d'une loi de la nature qui, dans l'universalité du règne animal, prodigue plus largement ses réserves nutritives à l'élément chargé de la procréation.

Dans l'espèce humaine, notamment, la grande proportion de femmes que l'on rencontre dans les cas d'obésité est un fait remarquable ; telle, par exemple, pour rappeler quelques cas fameux de la littérature, cette jeune fille citée par Aran, âgée de 25 ans et pesant 400 livres ; telle cette jeune Allemande de 20 ans et du poids de 450 livres qu'observèrent Percy et Laurent ; telle aussi cette jeune enfant de 3 ans et 10 mois, observée par Hildemann, longue de 1^m13 et dont les mensurations de la poitrine et de l'abdomen étaient respectivement de 1^m02 et de 1^m30. Plus récemment, et sans considérer seulement ces véritables monstruosité, Bouchard, dans ses tables, rapporte dans une première série 71 cas sur lesquels nous comptons 52 femmes pour 19 hommes ; dans une deuxième série, sur 15 cas, nous comptons 10 femmes pour 5 hommes. Dernièrement, enfin, le docteur Paul Heineck (de Chicago), sur 88 observations de malades obèses, relevées dans son service, ne trouve que 6 hommes.

Si donc la forte proportion d'obèses chez la femme est un

fait admis, la limite de cette obésité est plus discutée. Pour les anatomistes, l'embonpoint devient pathologique quand la graisse dépasse le vingtième du poids du corps. Pour les histologistes, l'obésité commencera avec la dégénérescence de la cellule, c'est-à-dire à l'accumulation anormale de graisse dans les éléments et à la transformation grasseuse de certaines substances. Au point de vue physiologique enfin, et c'est celui surtout qui nous intéresse, car la clinique ne saurait s'appuyer sur des faits purement anatomiques, on peut dire avec Bouchard que l'obésité débute « dès qu'il se produit une gêne fonctionnelle attribuable à l'hypertrophie du tissu grasseux ». De très modestes adiposes sont, en effet, souvent mal supportées si l'organisme ne sait les compenser par diverses suractivités organiques.

Les travaux modernes (Hæckel) ont quelque peu éclairé la pathogénie de cette affection ; dans la grande majorité des cas, il semble que l'obésité soit due, et nous aurons plus loin l'occasion de préciser ce point, à un trouble fonctionnel de certaines glandes à sécrétion interne. Eppinger, Falta, Rudinger, ont montré le *tout* que formaient, par un système de corrélation réciproque, les diverses glandes endocrines de l'organisme. De nombreuses observations, de nombreuses expériences, ont montré que des troubles endocriniens les plus variés aboutissaient à une certaine unité pathologique, du fait de cette synergie fonctionnelle.

Les affections qui reconnaissent l'obésité pour causé sont identifiées depuis fort longtemps ; et si de tout temps les poètes ont exercé leurs sarcasmes sur ce qu'ils ne considéraient, eux, que comme une infirmité dont on pouvait se divertir, de tout temps aussi les médecins ont observé les maux auxquels elle peut donner lieu. Hippocrate signalait dans ses *Aphorismes* la facilité avec laquelle les obèses sont emportés par les maladies aiguës ; Galien avait noté la brièveté de leur existence, et jusqu'à nos jours la polysarcie fut le thème de nombreux travaux.

Cependant, un point qui nous a semblé avoir un certain intérêt ne nous a pas paru avoir été nettement identifié : nous voulons parler de l'influence que peuvent avoir l'une sur l'autre

l'obésité d'une part, la vie sexuelle de la femme, et en particulier la grossesse, de l'autre ; c'est ce que nous nous sommes efforcé d'éclaircir par ce travail dont voici le plan.

Dans une première partie, nous étudierons l'influence des diverses phases génitales de la vie de la femme (puberté, mariage, grossesse, allaitement, ménopause) sur le développement de la polysarcie. Puis, l'obésité étant déclarée, nous examinerons, dans une deuxième partie, les modifications fonctionnelles qu'elle peut faire naître, notamment sur le développement et la conclusion d'une grossesse.

Nous terminerons, en dépassant un peu les limites que nous nous sommes assignées, par quelques considérations sur les rapports de l'obésité avec ces états névrotiques si particuliers des *fausses grossesses*.

CHAPITRE PREMIER

Rôle des sécrétions internes dans l'étiologie de l'obésité.

A mesure que se précisent nos connaissances sur les sécrétions internes et sur les modifications fonctionnelles qui peuvent naître d'une altération des glandes endocrines, le champ se resserre de ces états pathologiques, qualifiés autrefois d'essentiels, et dont l'étiologie était si discutée, parce que peu connue. L'obésité est de ce nombre.

Jusqu'à ces derniers temps, on envisageait, cliniquement, deux ordres d'obésité, *l'obésité commune*, par suralimentation, et *l'obésité glandulaire*.

Cette distinction, d'ailleurs toute théorique, tend à s'effacer, et les travaux modernes mettent chaque jour davantage en évidence le rôle de premier plan que jouent les troubles glandulaires dans la genèse de la plupart des obésités.

Il n'est point dans notre intention de discuter la réalité de cette étiologie, ce serait sortir des limites de notre travail ; mais il nous semble nécessaire, pour la clarté de ce qui va suivre, de résumer brièvement les conceptions actuelles sur la pathogénie de l'obésité.

L'expérimentation a montré que par ce terme de « trouble glandulaire », que l'on place à l'origine de toute polysarcie, on doit entendre non seulement les troubles endocriniens *vrais*, mais encore les troubles d'autres organes, qui, comme le foie et le pancréas, ne sont endocriniens que par un de leurs pôles (P. Carnot). Il est possible même que les tissus, et notamment le tissu conjonctif (véritable glande étalée pour Prenant), soient,

par lésions héréditaires, responsables dans une certaine mesure de la dystrophie.

Un point important à considérer est que chaque glande peut être à l'origine de l'affection, non pas par une action primitive sur la déchéance graisseuse de l'individu, mais indirectement, et parce qu'il existe un système de relations fonctionnelles entre les diverses sécrétions. Toutes les glandes à sécrétion interne sont, en effet, étroitement unies entre elles et forment un tout ; grâce à leurs actions réciproques (rôle excitateur des unes, frénateur ou vicariant des autres), ce système se maintient en parfait équilibre. Par suite, une ou plusieurs glandes viennent-elles à être lésées ou surmenées, toutes les autres s'en ressentent et des troubles en rapport non seulement avec les organes lésés, mais avec tout le système, vont s'ensuivre. C'est ainsi que le professeur M. Mohr (de Halle), expérimentant sur un certain nombre d'obèses, a pu, par la méthode d'Abderhalden, mettre en évidence chez eux un trouble dans le fonctionnement de toutes leurs glandes endocrines. Il semble que parmi celles-ci, les plus fréquemment en cause sont la thyroïde, l'ovaire et les ganglions lymphatiques.

Cette corrélation glandulaire, et notamment l'importance de la contribution génitale, est un fait admis, comme démontré par l'expérience et cliniquement d'observation journalière.

Faits cliniques :

- a) Accroissement de la thyroïde et du cou, lors de la puberté et du mariage (dû, d'après Hallion, à une action vaso-dilatatrice provoquée par les sécrétions internes de l'ovaire en hyperfonction) ;
- b) Rareté des menstrues chez les myxœdémateuses ;
- c) Arrêt du développement des organes génitaux (et de l'ovaire) dans le myxœdème spontané de l'enfant ;
- d) Amélioration des symptômes de la maladie de Basedow après une grossesse (1) (fait déjà signalé par Trousseau et Charcot), etc., etc.

(1) Cf. Le Troadec, *in* thèse Toulouse, 1920, n° 37.

Faits expérimentaux :

- a) Hoffmeister, après l'ablation du corps thyroïde, a observé chez des animaux, l'atrophie des follicules de Graaf ;
- b) A. Giunta splénectomisa une série de cobayes qu'il sacrifia quinze à cent-cinquante jours après. Les thymus et les glandes génitales des opérés, comparés à ceux d'animaux témoins, présentaient des phénomènes d'involution, avec raréfaction, puis disparition des cellules de la lignée séminale, précédés d'une hyperplasie thymique.

Il existerait donc une sorte de cycle d'interférence entre la rate, le thymus, les glandes génitales et, d'une façon générale, l'ensemble des organes appartenant au système hémolympo-potétique.

- c) Oliphant Nicholson rapporte un cas d'éclampsie traité avec succès par l'extrait thyroïdien ;
- d) Hoffmeister, Schiff, Eiselberg, puis Richou et Jeandelize, en thyroïdectomisant des lapines en gestation, provoquèrent l'avortement, et des accidents aigus identiques à des accès éclamptiques.

D'ailleurs, les sécrétions internes semblent devoir prendre un rôle de plus en plus considérable dans les diverses manifestations vitales de l'organisme, et en particulier dans les phases successives de la vie génitale de la femme.

Actuellement, on a tendance, sous l'influence des belles études de Klein, de placer les modifications menstruelles sous la dépendance d'un produit de sécrétion ovarienne, l'*oophorine*, qui trouverait son origine dans ces véritables glandes endocrines que sont les *corps jaunes périodiques* (Fränkel). Dès 1898, d'ailleurs, au point de vue histologique, Prenant avait montré l'identité de leur structure avec celle d'une glande à sécrétion interne.

La glande interstitielle de l'ovaire des mammifères à ovulation spontanée jouerait également un rôle endocrinien, et avec les corps jaunes conditionnerait les caractères sexuels femelles. Schucking accorde à l'utérus gravide une sécrétion particulière propre à cet organe, allégation d'ailleurs très discutée. Et il n'est pas jusqu'au placenta que l'on n'ait également considéré comme un organe sécrétoire.

Les travaux modernes ont montré que la nutrition de l'utérus (Eckard, Sokoloff, Fränkel, Willemin), la menstruation et l'ovulation (Léo Lœb et Béard, Klein), le rut et le coit (expériences de Bouin et Ancel sur la chienne), la grossesse enfin (expériences de Fränkel sur la lapine), mettaient en jeu des sécrétions internes spéciales dévolues aux corps jaunes de l'ovaire.

Enfin, les expériences de Cecca et Hallion, de Ferroni, de Mulon, ont éclairé d'un jour nouveau les relations fonctionnelles du corps jaune, qui est considéré comme l'organe sécréteur le plus important de l'appareil génital, avec les autres glandes endocrines, corps thyroïde, hypophyse, thymus, surrénales.

Et il est facile, dès lors, de comprendre comment l'établissement ou les modifications d'une fonction sécrétoire vitale, comme la sécrétion ovarienne, peut, par répercussion sur d'autres glandes de l'organisme, et en premier lieu sur l'hypophyse et le corps thyroïde, amener un trouble fonctionnel de celles-ci, et en déclancher une des conséquences fréquentes, l'obésité.

CHAPITRE II

Sur les diverses origines génitales de l'obésité.

I. — Obésités prépubertaires.

L'obésité est rarement observée chez l'enfant avant la puberté. D'ailleurs, même existante, elle passe souvent inaperçue, ne constituant pas une gêne fonctionnelle comparable à celle qu'elle entraîne chez l'adulte. Il est classique d'admettre (Weill) que la fréquence de l'obésité va en augmentant avec l'âge. Sur 34 cas de femmes obèses observées par Wadd, 21 avaient débuté avant l'âge de 20 ans (E. Demange). D'après les tables de Bouchard, Teissier et Chambers (1), concernant 62 cas de femmes obèses, on trouve la proportion suivante :

Age de début.	Nombre de femmes obèses.
De 1 an à 10 ans.....	1
De 10 ans à 15 ans.....	4
De 15 ans à 20 ans.....	11
De 20 ans à 25 ans.....	25
De 25 ans à 30 ans.....	2
De 30 ans à 35 ans.....	7
De 35 ans à 40 ans.....	5
De 40 ans à 50 ans.....	7

L'obésité congénitale est donc rare, au moins dans sa forme monstrueuse. Les *Archives médicales* en rapportent quelques

(1) In thèse Worthington.

observations : Chambers cite un enfant qui pesait 16 livres à sa naissance. Percy et Laurent ont rapporté celui d'un garçon pesant 13 livres à sa naissance, 42 livres à 6 mois, 160 livres à 4 ans, 450 livres à 20 ans ! Mais sans atteindre ces proportions, les nouveau-nés de 5 à 6 kilos (obésité moyenne) ne sont relativement pas exceptionnels. Les diabétiques donnent assez fréquemment naissance à de pareils obèses quand leur grossesse a pu être menée à bon terme (Fabre, Vouron, Voudouris).

Rôle de l'hérédité. — Le rôle de l'hérédité (1) est presque toujours évident dans les obésités prépubertaires (Weill), que cette hérédité soit « similaire » ou de « transformation ». Dans le premier cas, des enfants obèses naissent de parents obèses. Dans le second, les parents ne sont que peu ou pas obèses, mais présentent, eux ou leurs collatéraux, des tares dites *arthritiques* (goutte, gravelle, diabète, eczéma, etc.).

Comme dans toutes les obésités, ainsi que nous le verrons plus loin, il semble qu'ici aussi un trouble endocrinien soit en cause ; Mouriquand a recherché dans quelle mesure la théorie glandulaire pouvait éclairer ces rapports de l'arthritisme et de l'obésité (2). L'hypofonctionnement de glandes — fonctionnellement accouplées — comme la thyroïde et l'hypophyse, oriente vers l'obésité, les hydrates de C. étant tolérés, alors que leur hyperfonctionnement (Basedow, acromégalie) conduit vers d'autres troubles du métabolisme (diabète).

Schématiquement donc, l'obésité serait un syndrome d'« hypo-endocrinie », le diabète en étant un d'« hyperendocrinie ».

Il paraît donc légitime de faire jouer aux troubles endocriniens un rôle dans l'hérédité adipeuse.

Parmi les causes pouvant troubler le fonctionnement endocrinien de l'utérus, toutes peuvent agir ; les intoxications, les infections, parmi lesquelles la pyélo-néphrite et l'infection puerpérale banale ont un rôle par leur répercussion endocrinienne. Mais la syphilis est certainement une des plus importantes,

(1) In *Bull. médical*, 1921, G. Mouriquand.

(2) Rapport au Congrès de l'Association française de pédiatrie, 1913.

comme l'ont nettement établi les travaux de Hutinel et Stevenin, de Hutinel et Maillet, etc. (1).

Depuis la naissance jusqu'à la puberté, l'obésité se développe chez les prédisposés dysendocriniens sous l'influence de diverses causes efficientes. Nous ne ferons que les citer, ces étiologies extragénitales ne rentrant pas dans le cadre de notre travail.

Tout d'abord, la suralimentation, le sommeil prolongé, l'immobilité relative imposée à l'enfant, sont des causes fréquentes d'obésité infantile. Mais quelques semaines après les premiers pas, l'activité musculaire a tôt fait, dans la plupart des cas, de la diminuer; l'enfant prend une forme plus élancée, ses réserves adipeuses deviennent moins importantes.

De récents travaux ont appelé l'attention sur les troubles résultant de la carence dans l'alimentation, de certaines substances qui, à doses minimales, excitent le métabolisme normal. Ces substances paraissent nombreuses et variées; à côté des vitamines, des substances liposolubles et hydrosolubles, on a invoqué le rôle de certains amino-acides (tryptophane, lysine, etc., etc.), sels minéraux, métaux (ZN, MN) et jusqu'à la constitution physico-chimique de l'aliment (État frais et vivant : Weill et Mouriquand. — Michel).

L'alimentation anormale, non plus seulement *en quantité* (suralimentation), mais *en qualité* (aliments carencés), pourrait donc troubler le fonctionnement endocrinien, vicier le métabolisme des hydrates de C. et des graisses, et devenir ainsi essentiellement adipogène.

Les infections, les toxi-infections les plus variées, se trouvent également à la base de certaines obésités.

Syndrome de Babinski-Frölich. — En dehors de nos limites encore, du moins quant à son étiologie, est l'obésité glandulaire bien individualisée dans le syndrome adiposo-génital; cette affection est constituée par une polysarcie rapidement progressive, avec troubles fonctionnels génitaux importants, et par des signes de compression cérébrale.

(1) *Journal médical français*, 1921.

Dans ce syndrome, d'ailleurs infiniment plus fréquent chez les garçons que chez les filles, les troubles génitaux ne sont qu'une conséquence, par synergie fonctionnelle, des lésions hypophysaires. Car depuis le cas de Frölich, où Eiselsberg enleva un carcinome de la pituitaire, ce qui produisit une rapide amélioration des symptômes, tous les cas publiés (Babinski, 1900; Nazari, 1906; Eiselsberg, 1912, etc.) mirent en cause des lésions hypophysaires, et inversement, Cushing, Ascoli et Legnagni, etc., reproduisirent presque constamment chez le chien le syndrome adiposo génital par ablation hypophysaire.

L'adipose douloureuse, dite *maladie de Dercum*, semble résulter également de lésions hypophysaires (Weill, Dercum et Mac Carthy, Cushing, Durante, etc.).

II. — Obésités de la puberté.

Dans la première enfance, les sexes restent sensiblement égaux devant l'adiposité. Mais dès la puberté, la fillette, en raison des troubles ovariens généralement plus affirmés que les troubles testiculaires du garçon, est plus fréquemment obèse que lui.

Cette coexistence de la naissance d'une obésité et de l'établissement de la menstruation, que met en évidence la table reproduite au début de ce chapitre, a été remarquée de tout temps; Hippocrate la cite dans ses *Aphorismes* (Berkovitch).

Toutefois, en raison de la fréquence des troubles génitaux au cours de lésions d'autres glandes (hypophyse, thyroïde, etc.), il ne faut pas se hâter d'attribuer à un trouble génital un rôle prépondérant dans la genèse d'une obésité sans avoir étudié de très près l'étiologie de la dystrophie.

Dans les obésités génitales, d'après Mouriquand, la surcharge adipeuse plus ou moins considérable prédominerait au niveau des régions mammaires, imprimant un « type féminin » exagéré pour l'âge du petit sujet.

L'obésité de la puberté présente souvent ce type clinique

bien connu : une jeune fille voit apparaître ses premières règles, puis assez vite les règles suivantes diminuent ou se suppriment. La surcharge adipeuse prend progressivement une importance plus ou moins considérable en même temps que s'établit un état anémique. C'est l'« anémie dite grasseuse ».

Étiologie. — Il semble que deux facteurs entrent en jeu dans la naissance de cette dystrophie.

En premier lieu, un trouble d'hypofonctionnement génital est universellement admis aujourd'hui. Le surmenage ovarien prédomine assurément, mais par la corrélation fonctionnelle des diverses sécrétions endocriniennes, les autres glandes du système sont indiscutablement troublées (Eppinger, Falter).

Les rapports thyro-ovariens ont été surtout mis en évidence, mais leur nature est encore discutée. Pour Blondel, Hertoghe, Dupré et Pagniez, Parrhon, la thyroïde et l'ovaire seraient antagonistes. Pour Fischer, Charrin, Jardry, il y aurait au contraire association synergique.

Quoi qu'il en soit sur ces mécanismes intimes encore peu connus, l'origine pluriglandulaire de l'obésité pubertaire est de plus en plus admise.

Un deuxième facteur serait la perte de sang choquant un organisme encore fragile. Une saignée abondante a, en effet, un rôle obésigène marqué.

Bouchard cite un médecin devenu obèse à la suite de saignées répétées.

Certains éleveurs pratiquent des saignées fréquentes aux vaches qu'ils veulent engraisser rapidement (E. Demange).

Bauer, qui a étudié cette question, a montré qu'à la suite de ces pertes de sang répétées, il y avait d'une part hypoglobulie, d'autre part destruction rapide des matières albuminoïdes, se traduisant par une azoturie exagérée, et en même temps une diminution notable de la quantité de Co^2 éliminée par le poulmon. Selon lui, la destruction des albuminoïdes entraînerait l'apparition de matières hydrocarbonées, par un procédé quelque peu analogue à celui par lequel le diabétique fait du sucre avec ses albuminoïdes.

L'hypoglobulie empêchant le transport d'une quantité suffisante d'O, les oxydations languiront et les hydrocarbures non brûlés formeront, dans l'organisme, une accumulation de graisse.

Si cette théorie semble plausible, il lui manque cependant la sanction fournie par la numération des globules et le dosage de la matière colorante.

Obésités localisées. — Il est une obésité toute particulière, dite à « distribution topographique atypique », qui se caractérise par une accumulation de graisse dans une région donnée du corps ; bien qu'on puisse en rencontrer quelques cas prépubertaires, elle apparaît en général après l'instauration des règles pour perdre peu à peu ses caractères à mesure que la patiente s'approche de la ménopause.

Si ces femmes se marient, la fécondité reste entière, et chaque grossesse se succédant aggrave encore le syndrome. Si l'on rapproche ces faits de ce que l'affection ne se rencontre essentiellement que chez la femme et est héréditaire de la mère à la fille, on trouve justifiée la pathogénie mise récemment en lumière par Heckel, qui met en cause une mauvaise instauration de la puberté, et surtout une insuffisance ovarienne.

La débilité fonctionnelle légère de la thyroïde qui coexisterait dans presque tous les cas observés, serait d'ordre secondaire, et due simplement à la synergie inévitable des divers troubles endocriniens.

III. — **Obésités postnuptiales.**

Le premier coït déclanche parfois chez la femme un certain degré d'adiposité.

Sur 39 observations d'obésités génitales publiées dans les tables de Bouchard, 8 cas reconnaissent cette étiologie.

Le mécanisme intime de cette relation est sans doute complexe. Tout d'abord, des causes multiples, genre de vie nouveau, satisfaction physique et morale, influeraient, d'après E. Demange, autant que l'accomplissement de la fonction génitale. C'est également l'opinion de Parent-Duchâtelet qui, ayant relevé la

fréquence extraordinaire des prostituées obèses, attribue leur infirmité à leur vie oisive, à leur alimentation irrégulière et abondante, à leurs heures de sommeil fréquentes, plutôt qu'à leur assiduité à remplir les devoirs de leur charge.

Cependant, ici encore, une origine endocrinienne a été soutenue; l'hyperfonctionnement de l'ovaire, dans les époques de rut, ne pourrait-il en provoquer l'épuisement? (Macé de Lépinay). Le mariage, par suite d'infection utéro ovarienne consécutive, ne ferait-il pas naître une insuffisance ovarienne fonctionnelle? Le développement de la base du cou chez la jeune mariée, point de départ d'un hyperthyroïdisme pouvant aller jusqu'au goitre, et à une de ses conséquences, l'obésité, est bien connu. Ce fait se rencontre d'ailleurs à toutes les périodes de sécrétion exagérée de l'ovaire. Hallion confirma cette observation en montrant l'action vaso-dilatatrice exercée par l'extrait d'ovaire sur la thyroïde. Et les anciens déjà ne déduisaient-ils pas la virginité d'une jeune fille de la sveltesse de son cou?

IV. — Obésité à l'occasion d'une grossesse.

La grossesse doit être placée en tête des causes déterminantes de l'obésité. 1 cas sur 3, en effet, reconnaît cette étiologie, comme le montre cette statistique de Bouchard portant sur 51 observations de femmes obèses :

Cause probable de l'obésité.	Nombre de cas.
Pas de causes occasionnelles.....	1 cas.
Passage à la vie sédentaire.....	3 »
Maladies diverses.....	8 »
Modifications génitales :	
Puberté.....	3 »
Dysménorrhée.....	1 »
Mariage.....	8 »
Grossesse.....	26 »
Ménopause.....	1 »

On sait que, physiologiquement, les tissus de la femme enceinte présentent une surcharge grasseuse notable. De

même, surtout aux derniers mois, il se produit une hyperlipémie marquée, accompagnée parfois de lipoidémie. La teneur en graisse du sang, normalement de 0,05 à 0,15 p. 100, peut atteindre pendant la gestation 0,75 à 0,85 p. 100.

Les expériences de Capaldi montrent que la teneur en graisse du sang de la chienne gestante est presque le double que chez la chienne non gravide. Nasse, Manfeld, arrivent aux mêmes résultats.

Decio, opérant avec le procédé de Kamagawa et Suto, trouve chez 7 femmes non enceintes une moyenne de 0 gr. 270 de graisse neutre par 100 grammes de sang. Chez 53 femmes enceintes à terme, il trouve 0,580 p. 100 de graisses neutres. Après l'accouchement, ces chiffres diminuent à partir du septième jour.

Il semble rationnel d'établir une corrélation entre cet état lipémique et la surcharge graisseuse viscérale, maintes fois constatée chez la femme enceinte et qui serait le point de départ des adiposités que nous étudions (Bard, Schiller).

La grossesse entraîne, parallèlement à son évolution, des modifications de l'organisme maternel atteignant toute l'économie. Chaque système est touché. Voyons rapidement par quels processus ces modifications peuvent être le départ d'une dystrophie graisseuse.

SYSTÈME RESPIRATOIRE. — Le développement de l'utérus amène, ainsi que l'ont prouvé les recherches de Dohrn (1), une augmentation du diamètre transversal du thorax et, au contraire, une diminution des diamètres antérieur, postérieur et vertical. La capacité générale du thorax est diminuée, d'où une certaine gêne respiratoire, qui expose les gestantes à l'essoufflement, et surtout une diminution dans les combustions et l'évacuation des déchets.

SYSTÈME CIRCULATOIRE. — Les modifications du sang sont au nombre de trois principales :

a) *Hyperlipémie*, surtout marquée à la fin de la grossesse ;

(1) *Monatsch. f. geb.*- Bd, XXIV.

b) *Hydrémie* (pléthore séreuse de Auvard);

c) *Anémie globulaire* (sauf pour les leucocytes). Cette anémie est parfois fatale, comme il résulte de 5 cas publiés récemment par Gusserow. Dans chacun, vers le huitième mois, la grossesse s'interrompt sans hémorragie notable et toutes les malades succombèrent rapidement. Les autopsies pratiquées permirent de découvrir, avec une anémie très prononcée, surtout au cerveau, une légère dégénérescence graisseuse.

SYSTÈME DIGESTIF. — La nutrition est nettement influencée. L'assimilation est en général ralentie, ce qui exerce une action des plus défavorables sur le lymphatisme et l'anémie.

L'appauvrissement globulaire est parfois tellement accentué que « l'anémie pernicieuse » peut apparaître. Mais c'est surtout la désassimilation qui est atteinte. On sait qu'une partie des éléments, transformés par la digestion, se fusionne avec les éléments du corps tandis que l'autre continue à circuler dans le sang. C'est ce que Bouchard appelait l'*intégrant* et le *circulant*. La combustion les détruit l'un et l'autre. Si cette combustion est complète, les seuls déchets qui en résultent sont l'urée, le Co^2 et l'eau. Sinon, différents produits prennent naissance, parmi lesquels l'acide urique, l'acide lactique, le sucre, et surtout la graisse.

SYSTÈME GÉNITAL. — Charrin a montré que pendant la grossesse les ovaires sont dans une sorte de sommeil physiologique. L'insuffisance ovarienne se joindrait ici à l'insuffisance hépatique et au ralentissement des oxydations pour produire l'obésité.

Quelquefois, les dépôts adipeux peuvent rétrocéder après la grossesse. Mais le plus souvent, ils sont le point de départ d'une obésité qui progresse après la gestation, et surtout après l'allaitement. Ce qui, d'après Manuel, serait dû à une surnutrition temporaire par cessation brusque du nourrissage.

V. — Obésités de la ménopause.

La cessation du flux menstruel, de même qu'une menstruation peu abondante, est souvent la cause occasionnelle de l'obésité (Dardonville, Walter, Kisch). Pour en étudier expérimentalement le mécanisme intime, de nombreux auteurs ont effectué la castration chez les animaux, ce qui réalise une véritable ménopause artificielle. C'est d'ailleurs un moyen utilisé couramment par les éleveurs; parmi les femelles domestiques, la truie et la vache sont celles que l'on soumet le plus souvent à la castration, en vue d'engraissement.

La chirurgie et la röntgenthérapie réalisent souvent chez la femme la castration. Jayle, établissant une statistique sur 42 ablations d'ovaire, observa 12 fois l'apparition consécutive de l'obésité.

Voici l'histoire d'une malade que nous avons eu l'occasion de suivre et qui nous semble probante à ce point de vue.

OBSERVATION I (personnelle).

M^{me} Léontine A..., 41 ans, cuisinière, originaire des Charentes.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants. Non obèses.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein. Ne se rappelle pas avoir été malade.

Réglée à 14 ans. Règles régulières et abondantes.

Mariée à 15 ans. Douze enfants, avec cinq grossesses gémellaires.

Le 27 janvier 1921, à 37 ans, est très fortement contusionnée par une vache, dans la région des lombes gauches, avec attrition profonde des tissus. Amenée à l'hôpital, on lui fait l'ablation de l'utérus et des annexes.

Immédiatement après, la malade commence à engraisser, avec une rapidité invraisemblable. De 55 kilos, la malade, en trois ans, atteint le poids de 208 livres, avec une augmentation ayant parfois atteint 1 kilo par semaine.

D'abord traitée par le suc ovarique, puis par l'électricité, on n'obtient aucun résultat. Le suc thyroïdien, au contraire, produit une amélioration notable.

Ces dernières années, MM. Sicard et Roussy ont vu se développer tous les symptômes de l'adipose douloureuse chez deux malades ovariectomisées.

M. Berlowitch rapporte plusieurs observations analogues, où le début de l'affection coïncide avec la plupart des signes de l'insuffisance ovarienne, avant l'époque de la ménopause naturelle, qui dans ces cas est souvent précoce et s'installe brusquement.

R. Plaut et A. Timm, par une série de recherches faites à l'Institut radiologique d'Eppendorff, ont, à l'occasion de fibromes utérins ou de métrites hémorragiques, appliqué des rayons de Röntgen en vue de castration. D'où abaissement du métabolisme basal de 100 à 200 calories en vingt-quatre heures, et qui dure autant que cette ménopause artificielle, c'est-à-dire quelques mois.

Dans les cas où la ménopause artificielle ne s'est pas encore établie, le métabolisme basal n'est pas abaissé. De même chez la femme qui, au moment des rayons, avait déjà dépassé l'âge critique.

Les auteurs croient à un trouble dans le fonctionnement de la thyroïde, corrélatif à l'exclusion de l'ovaire, et d'où naîtrait l'obésité.

Les obésités de la ménopause rentreraient donc dans la loi commune et résulteraient d'un trouble endocrinien. Doit-on plutôt mettre en cause la sécrétion ovarienne déficiente ou la perturbation surtout thyroïdienne qui en résulte? La question n'est pas résolue, mais là encore apparaît l'unité du « système endocrinien ».

CHAPITRE III

Les troubles de la sexualité chez la femme obèse.

I. — L'instinct génital et l'établissement de la puberté dans les diverses obésités.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que la dystrophie adipeuse, de cause efficiente génitale, résulte d'un trouble fonctionnel des sécrétions internes chargées de régulariser le métabolisme basal. Tout le système endocrinien est touché par synergie fonctionnelle; cependant, selon l'individu et les susceptibilités organiques essentiellement variables pour chacun, une glande pourra être mise en cause davantage qu'une autre, d'où il résultera divers types de syndromes adiposo-génitaux.

Nous allons passer en revue les modifications sexuelles, parfois opposées, qu'entraîne la pathologie des glandes les plus fréquemment atteintes, à savoir l'hypophyse, l'épiphyse, la surrénale, la thyroïde et l'ovaire.

OBÉSITÉ D'ORIGINE HYPOPHYSAIRE (*Syndrome de Babinski-Frölich*). — Les troubles génitaux revêtent les caractères de l'infantilisme.

Chez les sujets jeunes, les organes génitaux sont incomplètement développés.

A la puberté, les caractères sexuels secondaires sont peu marqués; le système pileux fait défaut ou existe à peine. Les poils des aisselles et du mont de Vénus sont très clairsemés,

sinon absents. Chez les jeunes filles, on note, soit de l'aménorrhée absolue, soit du retard dans l'apparition des règles et de la dysménorrhée.

Chez les femmes adultes, les menstruations deviennent très irrégulières, puis les règles finissent par disparaître complètement de façon précoce; la femme acquiert parfois une pilosité exagérée.

Les expérimentateurs ont réussi à reproduire les signes cliniques observés.

Par l'extirpation de la glande, Crowe, Cushing et Homans ont fait naître de l'atrophie des glandes génitales et de l'inactivité sexuelle.

Ascoli et Legnagni, opérant des animaux, observèrent un arrêt du développement de l'œuf au stade de follicule primordial.

Chez les jeunes femelles, Aschner a observé une réduction du volume de l'utérus, atrophie de la glande interstitielle de l'ovaire et arrêt de la maturation des ovules; il y a suppression du rut.

OBÉSITÉ ÉPIPHYSAIRE. — Ici, au contraire, nous avons une hypertrophie génitale; c'est la « macrogénitosomie » de Pellizi.

Il y a un développement précoce des poils du pubis et des organes génitaux; l'activité sexuelle, les désirs, se manifestent très tôt également.

D'après Marburg, ce symptôme ne s'observe que jusqu'à l'âge de 7 ans, parce que à partir de cet âge l'épiphyse entre en involution.

Sartechi a montré que les femelles privées de glande pinéale se refusaient au coït. Inversement, Cornell, Goddard et Berkeley, ayant fait prendre des capsules de glandes pinéales de jeunes bœufs pendant plusieurs mois à des enfants, observèrent une réelle influence sur leur développement physique.

OBÉSITÉ SURRÉNALE. — Elle s'observe chez l'enfant comme chez l'adulte; cependant elle semble avoir une prédilection toute spéciale pour le sexe féminin, comme l'a bien montré Gallais dans sa thèse (1912).

Elle s'accompagne le plus souvent d'hypertrophie des organes

génitaux avec tendance au virilisme. De ce fait, elle se rapproche quelque peu, cliniquement, de l'obésité épiphysaire.

Si la jeune malade est déjà réglée, ce sont des troubles de la menstruation qui annoncent le début de la première phase de la maladie; l'aménorrhée s'installe fréquemment, des douleurs pelviennes l'accompagnent. L'hypersthénie musculaire et nerveuse s'installe. Il existe des modifications du caractère : la malade devient violente, impérieuse et autoritaire.

Il y a parfois perte de l'appétit sexuel ou plutôt déviation de l'instinct sexuel, avec tendance à l'homosexualité. L'hypertrophie clitoridienne attire l'attention du clinicien. La malade engraisse, prend de la moustache et de la barbe, son corps se couvre d'une épaisse toison, sa voix devient grave et masculine.

OBÉSITÉ THYROÏDIENNE. — Elle est souvent associée à une lésion pituitaire.

La puberté ne se fait pas; on observe un arrêt de développement des organes génitaux. Cette atrophie génitale est accompagnée de troubles des caractères sexuels secondaires. La peau reste complètement glabre au niveau des aisselles et du mont de Vénus. Il y a un arrêt du développement physique et de l'intelligence. Le sujet présente du nanisme. La fillette ressemble parfois à une femme obèse, déformée par de multiples grossesses. En général, les règles sont absentes, les désirs éteints.

Relations thyro-ovariennes. — Fr. Hoffmeister a étudié les ovaires d'animaux thyroïdectomisés et a constaté une atrophie marquée des follicules de Graaf. Les expériences d'Otto Lanz et celles de Ceni (1904) ont confirmé cette influence.

OBÉSITÉ OVARIENNE. — Sa réalité a été discutée. L'obésité *purement* ovarienne n'a pas été démontrée. En raison de la fréquence des troubles génitaux (atrophie, hypertrophie), au cours de toutes lésions glandulaires, le rôle particulier de l'ovaire est difficile à isoler. Inversement, l'aménorrhée complète congénitale n'entraîne pas nécessairement la dystrophie adipeuse.

A ce point de vue, nous croyons devoir rapporter l'intéressante observation suivante :

OBSERVATION II (résumée).

L. LÉVI, *L'obésité et la fonction génitale, Revue d'hygiène et de médecine infantiles*, 1911, p. 260.

Jeune fille, 16 ans 1/2, mesure 1^m463, pèse 58 kil. 250.

Elle se plaint de pertes de sang qui, depuis six mois, s'arrêtent à peine. Réglée à 11 ans, à peu près régulièrement. Depuis deux ans, les règles ont plutôt de l'avance et durent de huit à dix jours. Perd sans arrêt un sang pâle. Trouble ovarien évident.

Examen pratiqué par le toucher rectal : Ovaire gauche douloureux, scléreux et bridé. Ovaire droit et utérus semblent normaux. La relation entre l'obésité et le trouble ovarien paraît, *a priori*, s'imposer. Le fait est cependant peut-être plus complexe : orpheline élevée en pension, la sédentarité nécessitée par les pertes a peut-être contribué à la rendre plus obèse, en intervenant en dehors de la dysovarie. On décèle quelques troubles vagues d'origine thyroïdienne ou hypophysaire. Le traitement thyroïdien, essayé tout d'abord, n'a pu être continué, car le pouls montait à 132.

Le traitement hypophysaire (24 cachets de 0 cent. 10) a été suivi d'un amaigrissement de 3 kilos, mais la malade a pris 3/4 de litre de lait au moins par jour. Elle a grandi simultanément de 6 millimètres.

Cette observation ne plaide pas seulement en faveur d'une obésité ovarienne et semble devoir être rattachée à un syndrome pluriglandulaire : l'hypophyse, la glande thyroïde et peut-être la surrénale doivent être sans doute incriminées.

Quoi qu'il en soit, dans l'obésité d'origine ovarienne, d'ailleurs exceptionnelle avant la puberté, la femme est peu ou mal réglée. Assez vite, les menstrues diminuent ou se suppriment. L'instinct génital semble altéré en rapport.

Parfois l'aménorrhée fait place par moment à de véritables ménorragies, analogues à celles que l'on observe dans certains cas de chlorose bien étudiés, par Noël Guénaud de Mussy, sous le nom de « chlorose ménorrhagique ».

Telles sont les modifications sexuelles d'avant la maternité dans les principaux types d'obésité. En réalité, les types cliniques schématiquement uniglandulaires que nous venons d'exposer sont rares, et même lorsque les lésions prédominent indiscutablement sur une glande, le fonctionnement des autres est plus ou moins troublé; l'étiologie pluriglandulaire est de plus en plus admise.

II. — L'obésité est-elle cause de stérilité?

Les fonctions génitales étant souvent troublées chez les polysarciques, en résulte-t-il un certain degré de stérilité quand ces femmes se marient? La plupart des cliniciens inclinent vers cette opinion. Hippocrate déjà signalait la stérilité habituelle des femmes obèses.

On peut se demander si la suralimentation, en dehors de son action nocive sur les tissus, ne troublerait pas, dans certains cas, plus spécialement les glandes endocrines. La liaison entre le métabolisme des corps gras et le fonctionnement génital semble parfois très précise. Certains sujets qui engraisent voient leur pouvoir génésique diminuer. L'expérimentation confirme le fait, et le dicton connu : « Bon coq ne fut jamais gras » repose peut-être sur une base scientifique.

Certaines obèses dont les règles sont suspendues, voient celles-ci reparaitre lorsque, renonçant à la suralimentation habituelle et se livrant à quelques exercices physiques, elles reviennent à un poids normal.

Expérimentalement, MM. Cornil et Vignes (1) ont mis en lumière le rôle endocrinien de la thyroïde dans la fécondation. Ils ont démontré que l'hypothyroïdisme peut empêcher la fécondation ou la vidation de l'œuf fécondé et même amener ultérieurement l'expulsion d'un œuf vidé. Inversement, d'après ces auteurs, dans un cas, de l'extrait thyroïdien permit à une

(1) *Bulletin médical*, p. 484, 1922.

grossesse de se produire et d'aboutir; l'examen clinique, au cours de la grossesse, et l'examen macroscopique du délivre incitaient à porter le diagnostic d'endométrite déciduale. Histologiquement, il s'agissait d'une fausse métrite ayant causé une dysgénésie de la caduque.

S.-W. Bandler (de New-York) pense aussi que l'ovulation, dans son origine comme dans sa marche, est un phénomène influencé par les sécrétions des différentes glandes endocrines, qui seraient des stimulants de la fonction génitale, comme le prouve le rôle important de l'opothérapie dans la stérilité.

Il est difficile d'appuyer sur une statistique une opinion quant à la fécondité des femmes obèses. Nous ne voyons, en effet, dans les maternités que les obèses qui vont être mères. Cependant, parmi celles qui fréquentent les services hospitaliers, la multiparité n'est pas rare. Voici, à titre indicatif, le relevé de quelques opérées du service du docteur Paul Heineck (1) (de Chicago) :

- 1° Femme de 46 ans, 265 livres, 5 enfants;
- 2° Femme de 52 ans, 240 livres, 3 enfants;
- 3° Femme de 49 ans, 240 livres, 2 enfants;
- 4° Femme de 47 ans, 275 livres, 4 enfants;
- 5° Femme de 48 ans, 290 livres, 6 enfants;
- 6° Femme de 52 ans, 265 livres, 6 enfants.

Un auteur italien, A. Brun (2), a relevé 300 cas de stérilité dans la province de Trieste. Il laisse de côté les cas de stérilité d'origine maritale et admet un minimum de deux ans de cohabitation stérile, ou de trois ans après un premier accouchement.

(1) *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, 22 février 1925.

(2) *Il Policlinico*, Rome, XXVI, n° 49, 1919.

Voici sa statistique :

<i>Stérilité primitive.</i>	Affections congénitales. .	Déficience ovarienne.	107 cas.
		Sténose du col.	16 cas.
		Antéflexion	
	Affections acquises	Rétroflexion.	110 cas.
		Salpingite.	
		Métrite	
<i>Stérilité secondaire</i>		Fibrome	44 cas.
		Déficience ovarienne.	
		Métrite	
		Fibrome	
		Annexite.	2 cas.

Ces chiffres indiqueraient que 108 fois sur 300, soit dans une proportion de 34 p. 100, la stérilité reconnaît une cause ovarienne. Mais combien de ces femmes étaient également obèses? L'intéressante statistique de A. Brun ne l'indique malheureusement pas. Cet auteur pense que chez les obèses stériles par déficience ovarienne existerait également un certain degré d'insuffisance hypophysaire.

En résumé, si elle semble réelle, il est difficile de préciser la fréquence de la stérilité chez les femmes obèses. Mais quand elle existe, l'expérimentation et la clinique semblent prouver qu'elle résulte d'une déficience endocrinienne, sans doute pluri-glandulaire.

III. — Évolution et conclusion de la grossesse chez la femme obèse.

Chez l'obèse qui devient enceinte, le diagnostic de la grossesse est difficile, au moins les premiers mois.

Comme nous le verrons plus loin, les signes sympathiques sont d'autant plus trompeurs chez ces femmes qui fournissent la grande majorité des grossesses nerveuses ou adipeuses observées, qu'on les attribue avec raison, semble-t-il, à une cause toxique. Les irrégularités dans leur menstruation, si fréquentes chez elles, sont une autre cause d'erreur. Quant aux indica-

tions que peuvent fournir la palpation et l'auscultation, l'épaisseur du pannicule adipeux abdominal les rend pratiquement nulles. La radiographie est souvent ici d'un très grand secours ; elle permet notamment de certifier la grosseur relatée à l'observation VIII.

Pour la même raison, le diagnostic de la présentation est à peu près impossible avant l'engagement.

Nous avons eu l'occasion, dans le service du professeur Rivière, à Bordeaux, de suivre l'évolution terminale de leur grosseur et l'accouchement d'un certain nombre de femmes nettement obèses.

Voici leurs observations très résumées sur les points étrangers à notre travail.

OBSERVATION III (inédite).

M^{me} Louise M..., papetière, 38 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants.

Antécédents collatéraux. — Un frère et une sœur obèses.

Antécédents personnels. — Alimentation normale jusqu'à 18 mois.

A marché à 15 mois. Régée à 15 ans. Règles abondantes et non douloureuses.

IV-pare. Les trois accouchements antérieurs ont été absolument normaux.

Examen. — Obésité très marquée. Des varices aux membres inférieurs et aux organes génitaux externes. Ventre en obusier.

Pas d'albumine.

Accouchée le 25 février 1924. Présentation en O. I. D. P.

Durée de la dilatation : Deux heures et demie. Rupture artificielle à la dilatation complète.

Durée de l'expulsion : Trente minutes. Délivrance naturelle.

L'enfant (fille), normal, pèse 4 kil. 100, les annexes, 680 grammes.

Rapport fœto-placentaire : 5,88.

OBSERVATION IV (inédite).

M^{me} B..., ménagère, 35 ans.

Antécédents collatéraux. — Cinq frères et sœurs vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Alimentation naturelle jusqu'à 11 mois. Réglée à 12 ans. Les règles, douloureuses pendant deux ans, deviennent ensuite régulières, abondantes et indolores. Dans sa jeunesse, eut la fièvre typhoïde et la rougeole. A 31 ans, eut la scarlatine et la grippe.

VII-pare. Trois enfants sont morts en bas âge.

Présenta des vomissements alimentaires abondants ces six derniers mois. Pertes blanches.

Examen. — Obésité marquée. Pas d'albumine.

Accouchée le 13 avril 1924. Présentation en O. I. G. P.

Souffre depuis le 12 au matin. Le 13, à 15 heures, la dilatation est à 2 francs; à 20 heures, on pose un ballon pour hâter la dilatation qui est de 5 francs. La rupture des membranes avait été spontanée et prématurée. L'enfant ne progressant pas et présentant des signes de souffrance, on opère la dilatation bimanuelle et on l'extraît au forceps. L'extraction, pénible, dure une demi-heure. Délivrance naturelle.

L'enfant (fille) est étonné, mais se remet vite. Il pèse 3 kilos, les annexes, 620 grammes.

Rapport fœto-placentaire : 4,80.

OBSERVATION V (inédite).

M^{me} M..., sans profession, 31 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants.

Antécédents collatéraux. — Deux frères et quatre sœurs vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein. Réglée à 14 ans. Règles régulières, puis douloureuses et abondantes. Rougeole dans sa jeunesse.

IV-pare. Les trois accouchements antérieurs ont été normaux.

Examen. — Obésité marquée. La peau est saine et ferme. Quelques varices aux membres inférieurs.

Pas d'albumine.

Accouchée le 2 juin 1924. Présentation en O. I. G. A.

Rupture des membranes normale et spontanée. Expulsion en trente minutes. Légère déchirure vaginale.

L'enfant (fille) est normal : 3 kil. 600. Les annexes pèsent 560 grammes.

Rapport fœto-placentaire : 6,40.

Suites de couches : Le 6 juin, suppuration des plaies vaginales, traitée au Dakin. Le 10 juin, légère lymphangite de la corne utérine gauche.

OBSERVATION VI (inédite).

M^{me} L..., sans profession, 34 ans. Enfant naturelle.

Antécédents personnels. — Alimentation artificielle jusqu'à 1 an. A marché à 13 mois.

Réglée à 12 ans. Règles régulières et indolores durant cinq jours. A eu dans sa jeunesse la coqueluche, la rougeole et les oreillons. A toujours été très forte.

IV-pare. Les trois accouchements antérieurs ont été normaux.

Examen. — Obésité marquée.

Albuminurie de 20 centigrammes par litre pendant la grossesse.

Quelques varices aux membres inférieurs.

Accouchée le 16 juillet 1924. Présentation en O. I. G. A.

Dilatation assez longue. Rupture des membranes spontanée et normale.

Durée de l'expulsion : Dix minutes. Pas de lésions vulvaires.

Délivrance naturelle.

L'enfant (garçon), normal, pèse 3 kil. 725; le délivre pèse 650 grammes.

Rapport fœto-placentaire : 5,72

OBSERVATION VII (inédite).

M^{me} G..., ménagère, 27 ans.

Antécédents héréditaires. — Père vivant et bien portant. Mère hémiplegique.

Antécédents collatéraux. — Quatre sœurs et deux frères vivants et bien portants. Un frère et une sœur morts de méningite.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein. A marché à 18 mois. Réglée à 13 ans. Règles irrégulières, douloureuses et abondantes durant dix jours.

I-pare.

Examen. — Présente, accidentellement, de la congestion des deux poumons. Pas d'albumine.

La palpation est difficile du fait de l'épaisseur de la paroi abdominale.

Accouchée le 2 avril 1925. Présentation en O. I. G. A.

La dilatation complète dure cinq heures. Rupture artificielle des membranes à dilatation complète.

Les contractions étaient régulières et rapprochées. Durée de l'expulsion : Vingt minutes. Pas de lésions vulvaires.

L'enfant est normal et pèse 3 kil. 765 ; les annexes, 560 grammes.

Rapport fœto-placentaire : 6,60.

OBSERVATION VIII (inédite).

M^{me} D..., sans profession, 25 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants.

Antécédents collatéraux. — Sur 12 enfants, 7 seulement restent. 3 sont morts de méningite, 2 de cause inconnue.

Une sœur, âgée de 40 ans, est obèse et mère de famille.

Antécédents personnels. — Née avant terme (à 6 mois). Réglée à 13 ans. Règles régulières et peu abondantes.

II-pare. L'accouchement antérieur a été normal.

Examen. — Gros ventre adipeux. Mamelles très développées. La palpation est difficile. Quelques varices aux jambes.

Albumine urinaire. Mictions fréquentes.

Accouchée le 7 juillet 1925. Présentation en O. I. D. P.

Le 6, à 22 heures, la dilatation est complète. Rupture des membranes spontanée et précoce. Liquide amniotique en quantité normale. Les bruits du cœur fœtal sont très indistincts. La tête est engagée en O. I. D. T. Les contractions sont assez fortes, mais la malade pousse mal. A 11 h. 30, aucune progression de la tête, auscultation toujours indistincte; on décide d'intervenir sous chloro. Pendant la recherche de l'oreille, du liquide s'écoule, teinté de méconium. Forceps en D. T. Tractions soutenues. La prise est vérifiée correcte, mais la tête ne descend pas, le forceps dérape.

On décide une version par M. I. L'utérus, fortement contracté, ne permet que difficilement de saisir un pied; l'évolution ne se réalise pas. La situation trop élevée du pied abaissé ne permet pas d'appliquer le lac, ceci pendant que l'anesthésie est en train de se parfaire. Enfin, l'utérus se relâche; on abaisse alors fortement le deuxième pied. L'évolution se produit, les bras sont relevés. On abaisse le bras postérieur. L'antérieur doit être transformé en postérieur pour être abaissé à son tour. La tête, défléchie, est fléchie et engagée facilement. La tête se dégage sans aucune résistance, sans qu'on ait le besoin de modérer sa sortie pendant le Mauriceau. Une déchirure complète s'était constituée pendant l'introduction de la main pour l'abaissement des bras. L'enfant naît étonné.

Suture rectale et vaginale le 7, à 10 h. 30.

Poids de l'enfant : 3 kil. 400. Poids des annexes : 600 grammes.

Rapport fœto-placentaire : 5,60.

OBSERVATION IX (inédite).

M^{me} D..., sans profession, 24 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort de paralysie générale à 45 ans. Mère de 48 ans bien portante.

Antécédents collatéraux. — Une sœur vivante. Une autre morte d'éclampsie ou de crise d'urémie.

Antécédents personnels. — Nourrie au biberon. Eut dans sa jeu-

nesse la coqueluche et la rougeole. Réglée à 12 ans. Règles non douloureuses, plutôt abondantes, durant quatre jours.

III-pare. Premier accouchement normal, même facile.

Deuxième accouchement prématuré à 6 mois 1/2. L'enfant meurt.

Examen. — Adiposité marquée. Les mamelles sont volumineuses, mais bien conformées. Légère albumine urinaire. L'utérus est dévié à gauche.

Accouchée le 16 juillet 1925.

Tout se passe normalement. La durée totale du travail est de huit heures. Celle de l'expulsion de trente minutes. La rupture des membranes avait été tempestive et à dilatation complète; le liquide amniotique normal, mais fortement teinté.

L'enfant, mort-né, pesait 1 kil. 400; les annexes, 350 grammes.

Rapport fœto-placentaire : 3,40.

OBSERVATION X (inédite).

M^{me} M..., sans profession, 22 ans.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein jusqu'à 20 mois. A marché à 14 mois.

Ne se rappelle pas avoir eu les maladies habituelles de la jeunesse. Réglée à 13 ans. Règles abondantes et douloureuses.

I-pare.

Examen. — Obésité marquée. A présenté, pendant sa grossesse, des vomissements biliaires abondants. Les mictions sont fréquentes.

Pas d'albumine.

Accouchée le 12 octobre 1925. Présentation en O. I. G. A. Dilatation normale, rupture précoce des membranes.

Durée de l'expulsion : Quinze minutes. Pas de lésions vulvaires. Délivrance naturelle.

L'enfant pèse 2 kil. 560; les annexes, 400 grammes.

Rapport fœto-placentaire : 6,40.

OBSERVATION XI

Prise à la clinique d'accouchement de la Grave (1).

M^{me} X..., sans profession, 26 ans.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de maladies infectieuses.

Réglée à 12 ans. Règles abondantes, irrégulières et douloureuses.

II-pare. L'accouchement antérieur a été normal.

Examen. — Femme de haute taille. Obésité marquée qui s'est surtout développée après la puberté. La peau du ventre forme comme un tablier qui descend au niveau de la région génitale. Des traces d'albumine.

État psychique : Torpeur et irritabilité.

Accouchement actuel : A son entrée dans la salle de travail, présentation du sommet fixée en O. I. D. P.

Col déhiscent et ramolli. Dilatation complète six heures après et expulsion d'un fœtus de 3.930 grammes. Annexes : 800 grammes Suites de couches physiologiques.

Rapport fœto-placentaire : 4,91.

OBSERVATION XII (résumée).

Prise à la clinique d'accouchement du professeur RIVIÈRE (2).

M^{me} S..., I-pare, âgée de 33 ans, pesant 130 kilos.

Le 18 juillet 1923, après la rupture de la poche des eaux, la malade commence à souffrir. Le 20 juillet, vers 13 heures, la dilatation est complète; la malade pousse. Les douleurs deviennent subintrantes; une agitation anormale se manifeste, sans que cependant l'expulsion progresse.

A 17 heures, le facies est gris, le pouls rapide. L'utérus, en contraction presque permanente commence, à présenter un anneau qui lui donne la forme d'un sablier. On décide d'intervenir. Sous chloro,

(1) In thèse de Le Troadec, Toulouse, 1920, n° 31.

(2) *Gynécologie et obstétrique*, 20 novembre 1923.

trois applications de forceps sont tentées au détroit supérieur en O. I. D. A., mais sans succès. Le toucher profond permet de sentir un anneau de contraction très serré autour du cou du fœtus; un paquet de cordons bat faiblement à ce niveau.

En raison du très mauvais état du fœtus, une basiotripsie est décidée; mais par suite de l'élévation fœtale et de la difficulté pour l'aide de la maintenir à travers une paroi très épaisse, le broiement n'intéresse que la voûte et le basiotribe dérape sans entraîner le fœtus.

On réussit cependant à abaisser un bras, mais l'autre épaule, étroitement moulée par l'anneau de contraction, reste inaccessible et l'extraction demeure impossible. Une tentative d'embryotomie échoue alors, en raison de l'élévation de la présentation et de la rétraction utérine.

A ce moment, la malade a déjà absorbé 200 grammes de chloro et a subi 2 injections de morphine, sans que l'utérus ait relâché son étreinte.

On décide alors, comme dernière ressource, de recourir à l'hystérectomie.

Vingt-quatre heures après, apparaît un foyer de broncho-pneumonie à la base gauche, puis des signes de dilatation du cœur droit. L'opérée succombe à ces accidents soixante-quatre heures après l'intervention.

Que conclure de nos observations d'accouchement chez des obèses? « Il n'est pas rare, disent les classiques (Charpentier, *Traité d'accouchement*), d'observer chez ces femmes de l'inertie utérine... » Cependant, une seule fois (Obs. IV), l'inertie utérine se manifeste et exige une intervention.

Deux observations (Obs. VIII et XII) relatent, au contraire, un degré marqué de contracture. Mais cet état s'observe si rarement avec cette intensité que nous n'en avons pas retrouvé d'autres exemples dans les annales de la clinique. Doit-on attribuer à un simple hasard le fait que cette contracture a été observée chez des obèses, ou faut-il penser, comme le supposait le docteur Marc Rivièrè, à une qualité spéciale de l'étoffe uté-

rine chez les obèses? D'autres observations sur le même sujet permettront seules de résoudre la question.

La fréquence de l'albuminurie chez ces femmes est à remarquer. Ce fait met nettement en cause la possibilité d'une attaque syphilitique sur le rein, spécificité qui jouerait également son rôle dans la pathogénie de la dystrophie.

Nous avons donc recherché le rapport fœto-placentaire de nos accouchées, à défaut de Wassermann. Dans plusieurs cas, la limite au-dessous de laquelle le professeur Pinard présumait la spécificité a été nettement atteinte. Il faut donc rattacher cette albuminurie sans doute à des causes banales, mais fréquemment aussi à l'infection syphilitique.

Peut-être, toutefois, sa production est-elle favorisée ici par le ralentissement général de la nutrition.

Enfin, fait intéressant, en regard de la rareté des causes de dystocie dues à la mère, jamais le fœtus par lui même n'a porté entrave à la bonne marche de l'accouchement. La moyenne des poids fœtaux est, en effet, de 3 kil. 220, avec comme chiffres extrêmes, 1 kil. 100 (Obs. IX, enfant mort-né) et 4 kil. 100 (Obs. III). Cela nous semble apporter quelque lumière sur la pathogénie des gros fœtus. Ceux-ci résulteraient donc d'une hérédité plutôt arthritique ou infectieuse que directement polysarcique.

Il est difficile d'observer les suites de couches éloignées de nos malades, qui quittent en général la clinique vers le douzième jour. Cependant, il semblerait que la sécrétion lactée soit assez pauvre, car dans ces mamelles, d'un volume parfois considérable, les acini de la glande sont véritablement étouffés par la masse grasseuse. Mais nous n'avons pu découvrir aucune observation précise à ce sujet.

CHAPITRE IV

Influence de l'obésité sur la production des fausses grossesses.

Les grossesses fausses, ou apparentes pour certains auteurs, comprennent toutes les affections qui, sans conception, peuvent simuler la grossesse.

Il n'est pas dans notre intention de discuter les diverses étiologies de cette affection (polypes, aménorrhée, etc.) ; nous voulons surtout mettre en relief le rôle de l'obésité dans la production de ces états si curieux. Ce rôle est prédominant et tous les auteurs, dans leurs observations, en indiquent comme signes pathognomoniques l'enfoncement du nombril et l'adiposité des téguments de l'abdomen (Stoltz, Depaul, Glais).

Le docteur B. Narich (de Smyrne) (1) rapporte 3 observations qu'il nous semble intéressant de citer.

OBSERVATION XIII (résumée).

M^{me} X..., âgée de 37 ans et mariée depuis vingt mois, se croit enceinte. Ce serait sa première grossesse.

Depuis cinq mois, ses règles persistent, mais moins abondantes et moins régulières. De légers troubles digestifs éveillèrent d'abord son attention. Depuis quelque temps, elle sent des mouvements qui ont triomphé de ses doutes. Son cinquième mois serait accompli et même dépassé.

(1) *Le Progrès médical*, 1906, n° 27.

Cette femme, très orune, est d'une souche où règnent l'arthritisme, la goutte, l'obésité et certains désordres nerveux assez graves. Obèse elle-même, son abdomen est très épais, très tendu.

Examen. — La palpation, de ce fait, est réduite à néant. L'auscultation est négative.

Le toucher indique un col normal; l'utérus est plutôt mobile, mais de cette mobilité relative que l'on constate chez les femmes obèses au ventre tendu.

La recherche dans les culs-de-sac du globe utérin est difficile, car la poussée de la main gauche sur l'hypogastre ne se répercute pas facilement dans le petit bassin tant l'abdomen est épais et dur.

Il semble que la cavité utérine n'est pas dilatée.

La percussion est impossible, car la vessie étant vidée, l'abdomen est presque mat tant la couche graisseuse est épaisse et compacte.

Le diagnostic de fausse grossesse s'est trouvé confirmé par le temps.

OBSERVATION XIV (résumée).

M^{me} X..., âgée de 28 ans. N'a jamais été enceinte. Son obésité est assez marquée, son ventre proéminent. Les règles sont très diminuées et irrégulières. Elle sent très nettement l'enfant bouger et se confirme cette impression par la palpation de son ventre.

Examen. — La couche graisseuse de l'abdomen est épaisse et irrégulièrement répandue; on peut déjeter la paroi graisseuse au-dessus des mains qui palpent pour explorer la cavité abdominale et plonger dans le petit bassin. Nulle part, on ne constate de parties solides; l'abdomen est partout sonore.

L'auscultation est négative.

Au toucher, l'excavation est vide, l'utérus mobile, sans globe surplombant le col. Au spéculum, on voit un col volumineux, mou, violacé, avec quelques œufs de Naboth et un orifice plutôt petit.

OBSERVATION XV (résumée).

Femme X., âgée de 24 ans. N'a eu, en dehors de l'incident actuel, ni accouchement, ni avortement. Elle est obèse, se croit à terme. Ses règles sont venues trois ou quatre fois pendant sa grossesse.

Examen. — Le ventre de cette femme est très gros et uniformément arrondi. La couche graisseuse est également répartie partout, même le long des arcades de Fallope. Elle est surtout très serrée, très compacte. C'est une véritable cuirasse.

À la percussion, l'abdomen est presque partout mat. L'auscultation est négative.

Au toucher, le doigt parvient difficilement au col qui est profondément situé; il est normal, entier et mobile. Il n'est pas facile d'explorer la paroi postérieure de l'utérus dont la cavité cependant semble vide.

La malade ayant insisté sur les « mouvements qu'elle a cent fois senti en appliquant la main », je persévérerai à les attendre.

À la fin, je constatai ces mouvements et à la vue et à la main. C'étaient de petites secousses brèves comme des coups de pied de fœtus mais semblant impliquer la totalité de la paroi abdominale; il n'y avait pas de foyer principal, comme c'est le cas lorsque le pied du fœtus frappe sur la paroi. Il semblait que ces mouvements résidaient dans les muscles obliques et plutôt dans ceux de gauche.

Plus tard, je sus que cette femme avait pris sa stérilité en patience et abandonné ses multiples traitements en vue d'une grossesse.

Le docteur Glais cite deux observations de grossesses adipeuses particulièrement intéressantes, en ce sens que l'adiposité est exclusivement abdominale, et que même il semble y avoir un amaigrissement des autres parties du corps.

OBSERVATION XVI

Prise à la clinique d'accouchement du docteur DEPAUL.

Femme âgée de 32 ans, mariée depuis six ans. A eu un enfant il y a quatre ans. Vient à la clinique pour savoir si elle est enceinte.

Depuis dix mois, ses règles sont moins abondantes chaque fois. En même temps, son ventre a commencé à grossir peu à peu, nettement surtout dans les quatre ou cinq derniers mois.

Cette femme dit qu'elle n'a pas engraisé des autres parties du corps. Elle n'a pas senti remuer.

Examen. — Le ventre est développé comme celui d'une femme enceinte de huit à neuf mois, mais la cicatrice ombilicale est très déprimée.

Les seins sont volumineux, quelque peu douloureux, et en pressant les mamelons on fait sourdre un liquide séro-lactescent. L'aréole est assez brune.

Elle aurait éprouvé au début de l'anorexie et quelques nausées.

La percussion indique partout de la sonorité. La palpation et l'auscultation sont négatives. Le toucher vaginal montre un col dur et allongé. Aucune tumeur n'est sentie dans le cul-de-sac postérieur. On ne peut atteindre l'utérus par la palpation ventrale.

OBSERVATION XVII

Prise à la clinique d'accouchement du docteur DEPAUL.

Femme de 24 ans, mariée depuis deux ans.

Son ventre a commencé à grossir il y a six mois, particulièrement ces deux derniers mois. Il est à remarquer que, durant cette même époque, cette femme dit avoir maigri des membres.

Examen. — L'abdomen est développé comme celui d'une femme enceinte de six mois. La cicatrice ombilicale est très déprimée. Les seins sont devenus gros, et par la pression on fait sourdre quelques gouttes d'un liquide séro-lactescent. L'aréole est brune. Cette femme n'a rien éprouvé du côté des voies digestives.

Elle continue d'être réglée assez régulièrement tous les vingt jours.

La percussion montre une sonorité parfaite de la paroi. La palpation et l'auscultation sont négatives.

Le toucher vaginal indique un corps dur, allongé, un peu ramolli à son sommet. A travers la paroi abdominale, l'utérus ne peut être perçu.

Dans toutes ces observations, les sujets rentrent dans cette catégorie de femmes au sujet desquelles le professeur Pajot écrivait ces lignes (1) : « Il convient à cet égard, dit-il, de se

(1) Pajot, *Travaux d'obstétrique*, 1882, p. 34.

défier particulièrement des femmes parvenues à l'âge de 30 à 40 ans qui n'ayant jamais pu avoir d'enfant, en désirent un avec d'autant plus de passion qu'elles sentent approcher l'heure où toute espérance sera perdue.

» Ces affolées de grossesse prennent aisément leurs désirs pour des réalités. Elles trompent le jeune médecin avec tant de conviction et de bonne foi qu'il est vraiment difficile de ne pas tomber dans le piège de leurs illusions.

» Leurs règles sont troublées, leur ventre grossit beaucoup et *elles sentent toujours remuer*. Quel vieil accoucheur, devenu sceptique, ne se souvient d'avoir manqué d'y être pris pendant sa jeunesse ? »

Dans les cas publiés, les troubles de la menstruation et du système digestif, les modifications du côté des seins, sont à peu près les mêmes que dans les grossesses normales; mais ces manifestations sympathiques peuvent être assez facilement rattachées à un processus nerveux. La ligne brune, les vergetures souvent observées doivent en général être rapportées aux grossesses antérieures.

Mais les mouvements actifs, si nettement perçus, semble-t-il, et par les malades, et parfois par les médecins eux-mêmes ?

Les praticiens les attribuent en général à des ondes péristaltiques de l'intestin. Cette insuffisante explication ne saurait convaincre les affolées de grossesse. Les ondes intestinales ne peuvent, en effet, représenter que des mouvements lents du fœtus. Et il faut savoir que ce que l'on prend parfois pour de vrais coups de pied d'enfant est dû à des mouvements cloniques des muscles de la paroi abdominale, la précision de la palpation étant fortement atténuée par l'épaisseur du pannicule adipeux. Il nous semble donc utile que le médecin ne se montre pas sceptique sur ces mouvements réels qui maintiennent les femmes dans leur erreur.

Sur un terrain névropathique porté à reconnaître comme des signes de maternité prochaine des phénomènes physiologiques banaux, l'obésité, et particulièrement l'obésité à localisation abdominale, nous semble être la cause déterminante de sa conviction chez une affolée de grossesse.

Sur ce substratum, à notre avis capital, viennent se greffer, avec une précision variable selon les individus, d'autres signes de la grossesse : les règles cessent ou deviennent irrégulières, des mouvements très nets sont sentis dans les flancs, le cortège des signes sympathiques, vomissements, nausées, etc., est au grand complet.

N'est-ce pas assez pour créer une suggestion d'autant plus difficile à déraciner qu'elle est collective, et atteint les divers membres de la famille et même les médecins ?

La suggestion étant toujours de même nature, on nous permettra de citer le cas suivant, complètement étranger à la médecine, mais contribuant à corroborer les faits médicaux :

Gustave Le Bon, dans sa *Psychologie des foules*, rappelle le cas de la frégate la *Belle-Poule*, croisant en mer pour retrouver la corvette le *Berceau* dont elle avait été séparée par un orage. L'attente de l'objet produisit d'abord l'erreur dans l'esprit de la vigie, qui signale au loin une embarcation désemparée.

Instantanément, tout le monde à bord aperçoit un radeau chargé d'hommes tendant les bras, et remorqué par une embarcation sur laquelle flottent des signaux de détresse. On s'y dirige et on arrive hâtivement : c'étaient quelques branches d'arbres, couvertes de feuilles arrachées à la côte voisine.

On nous excusera de cette digression sur un domaine si étranger à notre sujet. Nous ne l'avons faite que pour mieux faire ressortir la part que prend la suggestion dans les erreurs humaines en général, part que nous croyons très importante en médecine et surtout en obstétrique, plus particulièrement encore dans les cas de fausses grossesses.

CONCLUSIONS

I. — L'obésité ne semble plus devoir être envisagée comme une affection à caractères cliniques nettement définis, mais comme un syndrome à pathogénie complexe.

La plupart des glandes endocrines paraissent en effet capables de déterminer l'obésité lorsqu'elles sont le siège d'altérations ou de troubles fonctionnels. Du fait de leur synergie, nous croyons donc que l'on doit considérer l'obésité comme un syndrome pluriglandulaire.

II. — Les phases sexuelles de la femme ont une influence marquée sur la naissance de l'obésité. Inversement, celle-ci semble modifier l'évolution de ces manifestations, notamment l'établissement de la puberté, le développement de l'instinct génital et la fécondité, qu'elle altère.

III. — La difficulté du diagnostic de grossesse est extrême chez les obèses, d'autant plus que le syndrome de fausse grossesse coexiste fréquemment.

IV. — Du fait du nombre malheureusement restreint de nos observations, nous n'avons pas le droit de conclure à une action quelconque de l'obésité sur la marche de l'accouchement. Cependant trois fois sur dix, soit dans une proportion de 32 p. 100, l'accouchement a été anormal.

V. — Les suites de couches et l'allaitement ne semblent pas revêtir un caractère particulier.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
M. RIVIÈRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 1^{er} décembre 1925.
Pour le Recteur de l'Académie :
Le Doyen délégué,
C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT. — Étude histologique de la thyroïde et du testicule. Soc. anatomique, 1901.
- Portion corticale des capsules surrénales. Ses relations avec le cerveau et les glandes génitales. *Presse médicale*, 28 octobre 1911.
- ASCHNER. — Ueber die Funktion der Hypophyse. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1911.
- ASCOLI et LEGNAGNI. — Die Folgen der Extirpation der Hypophyse. *Münch. med. Woch.*, n° 10, 1912.
- BABINSKI (J.). — Tumeurs du corps pituitaire sans acromégalie, avec arrêt du développement génital. *Rev. neurologique*, VIII, 1900.
- BONNIN (P.) et ANCEL (P.). — *Rev. neur.*, V, 1907.
- BOUCHARD. — Leçons sur les maladies par ralentissement de la nutrition.
- BOUVIER (M.). — Les obésités glandulaires de l'enfant. Thèse de Lyon, 1914.
- CASELLI. — Influenza della funzione del ipofisi sullo sviluppo dell'organismo. *Rivista di speriment. di freniatria*, 1900.
- CROWE, CUSHING et HOMANS (J.). — Experimental hypophysectomy. *Bull. Johns. Hopkins Hospital*, XXI, 1910.
- DANCEL. — Métrorragie chez les femmes grasses. *Gaz. des hôpit.*, n° 73, 1866.
- DEMANGE (E.). — In *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article *Obésité*.
- FISCHER. — Hypophysis, Akromegalie und Fettsucht. Wiesbaden, 1909.
- FRÖHLICH. — Ein Fall von Tumor der Hypophysis cerebri ohne Akromegalie. *Wiener Klin. Rundschau*, nos 47-48, 1901.

- GALLAIS (A.). — Le syndrome génito-surrénal. Thèse de Paris, 1911.
- GLAIS. — De la grossesse adipeuse. Thèse de Paris, 1875.
- HECKEL (F.). — Les obésités à distribution topogr. atypiques. *Bull. médical*, Paris, 1922.
- Grandes et petites obésités. Masson, 1920.
- MARBURG. — *Die Klinik der Zirbeldrüsenerkrankungen*, vol. X, p. 147, 1913.
- MOULONGUET-DOLERIS. — Les glandes à sécrétion interne de l'ovaire humain. Thèse de Paris, 1923.
- MOURRIQUAND (G.). — Le syndrome adiposo-génital de l'enfant. *Paris médical*, n° 1, 1913.
- Sur l'obésité infantile. *Bulletin médical*, n° 53, 1921.
- NARICH (B.). — Les fausses grossesses. *Progrès médical*, n° 27, 1906.
- NISKOUBINA (M^{lle}). — Morphologie et physiologie du corps jaune pendant la grossesse. Thèse de Nancy, 1909.
- NOBECOURT. — Les syndromes endocriniens. Paris.
- LABBÉ (M.). — *Revue scientifique*, n° 4, 1908.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — La corrélation des glandes à sécrétion interne et leurs syndromes pluriglandulaires. *Gaz. des hôpît.*, n° 131, 1908.
- LÉVI (L.). — L'obésité et la fonction génitale. *Revue d'hyg. et de méd. inf.*, X, 1911.
- LE BON (Gustave). — *Psychologie des foules*, p. 31, 1903.
- LE TROADEC (L.). — Myxœdème et grossesse. Thèse de Toulouse, n° 31, 1920.
- PARENT-DUCHATELET (D^r). — La prostitution à Paris. Paris, 1914.
- PELLIZI (G.-B.). — Syndrome épileptique. *Rivista ital. di neurol., psichiatria ed elettroterapia*, V et VII, 1910.
- RIVIÈRE (Marc). — Hystérectomie pour contracture utérine. *Gynécol. et obst.*, n° 9, 1923.
- STRYMBAM (L.). — Thèse de Bordeaux, 1914.
- VILLEBRUN. — Des fausses grossesses. Thèse de Paris, 1865.
- WOOLEY (P.). — Tumor of suprarenal glands. *Journal of the medical sc.*, 1903.
- WORTHINGTON. — De l'obésité. Thèse de Paris, 1875.

